Rok XXVI. Kraków, 26 Marca 1887. Nr. 13.

Redakcyja:
Ulica Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka, dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam, 4 Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	**w Austryi** 8 złr. 80 ct.	**w Król. Polskiém i Ces. Ros.** 6 rsr.	**w Niemczech** 16 mk.	**we Francyi** 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

I. Przyczynek do wiadomości o gorączce moczowéj.

Podał
Prof. Dr. A. Obaliński
w Krakowie.

(Wykład miany w Tow. Lek. Krak. w dniu 16 marca r. b.).

Panowie! Dwojaki miałem powód do wybrania sobie właśnie tego tematu na dzisiejszy wykład, raz ten, że już niejednokrotnie objawiano w tém szan. Zgromadzeniu życzenia, aby od czasu do czasu podawać pogląd na obecny stan pewnych, przedewszystkiém zaś niezupełnie jeszcze wyjaśnionych, zagadnień lekarskich; a właśnie rzecz o gorączce moczowéj taką mi się być wydawała; powtóre dla tego, że w ostatnich czasach udało mi się poczynić pewne spostrzeżenia, które po części służyć mogą na poparcie niektórych panujących teoryj, po części zaś przyczynić się do rozszerzenia naszych wiadomości o tym tak mało u nas znanym objawie chorobowym.

Dla czego on właśnie u nas jest mało znanym, pozwolilbym sobie wyjaśnić tą okolicznością, że my przeważnie czerpiemy nasze wiadomości z dzieł niemieckich, a w nich, jak n. p. w podręcznikach chirurgicznych, albo wcale wzmianki nie ma, albo, jak w dziełach specyjalnych, rzecz była dotąd traktowaną po macoszemu.

Francuzkiéj chirurgii należy się zaszczyt zapoznania świata lekarskiego z gorączką moczową i bliższego zbadania jéj istoty. Wytrawny chirurg paryzki Velpeau był pierwszym, który zwrócił uwagę lekarzy na szczególniejsze przypady wydarzające się po użyciu narzędzi w cewce moczowéj jeszcze w r. 1833, a w siedm lat późniéj podejrzywał wprawdzie w wykładach swoich w Charité odbywanych mocz jako przyczynę tychże, nie odważył się jednak stanowczo tego twierdzić „*car il serait trop facile de s'égarer dans le champ des hypotheses*“. Po nim następuje okres słynnego Chassaignaca, który chciał wszystkie tego rodzaju przypadłości sprowadzić do wspólnego mianownika zapalenia żył i zakrzepu, a więc do etyjologii w owym czasie bardzo ulubionéj i która byłaby może większego doznała u lekarzy poparcia, gdyby się nie był doświadczony w tych sprawach Civiale przeciw niéj oświadczył. Po nich zajmuje się tą sprawą Perdrigeon, uczeń Velpeaua, który podając tezę, że mocz jest przyczyną owéj gorączki, zostawia jednak kwestyję otwartą, czy jest nią mocz już gotowy i następnie wessany przez żyły lub chłonice, czy też tylko pojedyńcze składniki moczu, które ze krwi nie zostały należycie wydalone. W r. 1860 zabrał głos w téj kwestyi po raz wtóry Civiale i tym razem w sposób więcéj dodatni niż poprzednio, oświadczył się bowiem za tém, że jedne przypady występują po manipulacyjach w cewce i pęcherzu i że one biorą początek w cewce moczowéj *(fièvre uréthrale)* następnie, że drugie, zupełnie z temi manipulacyjami nie stojąc w związku, mają podstawę w zapaleniu nerek, które znów jest następstwem stagnacyi moczu w pęcherzu. Tak więc Civiale odkrył pierwszy i opisał formę gorączki moczowéj chroniczną, dotąd wcale nieznaną.

Odtąd poczęła się walka pomiędzy dwoma obozami, z których jeden opierał się przeważnie na postrzeżeniach klinicznych i twierdził, że gorączka moczowa powstaje tylko przez wessanie gotowego już moczu w cewce lub w pęcherzu; drugi zaś odnosił wszystko do zmian w nerkach, t. j. przypuszczał brak dokładnego oczyszczenia krwi ze składników szkodliwych, a przedewszystkiém mocznika, bądź na podstawie dawnych zmian organicznych w nerkach, bądź też, że one uległy zmianom przemijającym pod wpływem odczynu *(reflèxe)*. Ci ostatni zaliczali do swego grona obrońców, jak Philips, Marx, Dolbeau i Malherbe, a opierali się po części na wynikach patologiczno-anatomicznych, a po części na doświadczeniach podówczas przez słynnego Kl. Bernarda dokonanych, które wykazały z jednéj strony, że jelita mogą objąć zastępstwo za niedostatecznie lub zupełnie nieczynne nerki, wydzielając ze krwi mocznik w postaci soli amonijakalnych, przyczém zwierzę jeszcze jakiś czas przy

życiu pozostaje, z drugiéj zaś strony udowodniły, że w razie przecięcia głównych pni nerwowych zaopatrujących nerki, ostatnie ulegają pewnemu rodzajowi rozkładu, który szybką śmierć zwierzęcia sprowadza.

I pierwszy obóz szczyci się niepoślednimi zwolennikami jak Gosselin, Maisonneuve, Sédillot i Reliquet, którzy opierali swe wnioski po części na faktach klinicznych, jak występowanie lub niewystępowanie przypadów w miarę tego, czy mocz dostawał się do ranki cewkowéj, lub czy ją omijał odpływając cewnikiem stale umocowanym; daléj brak przypadów, pomimo energicznych manipulacyj w cewce, jeżeli mocz odpływał przetoką i nie stykał się z miejscem obrażoném i t. p., a po części na doświadczeniach dokonywanych na zwierzętach, u których zawsze wywoływano cechujące gorączkę moczową przypady, jeżeli tylko wprost do żyły wstrzyknięto znaczniejszą ilość moczu.

Nie mogę przemilczeć jeszcze jednéj (czwartéj) teoryi, która w połowie bieżącego stulecia przez Reybarda i Bonneta podana niedługiém przynajmniéj we Francyi cieszyła się powodzeniem. Jestto teoryja tak zwana nerwowa, która w podobny sposób jak Anglicy swój shock starała się wyjaśnić przypady gorączki moczowéj znacznym upadkiem sił i omdleniem nerwowém, wywołaném przez podrażnienie nerwu spółczulnego skutkiem działania narzędzi w cewce moczowéj.

W Niemczech mało snać znano te przypady, bo i mało o nich pisano; z poważniejszych rozpraw w téj materyi nadmienić należy pracę Rosera (1867), w któréj tenże gorączkę cewkową oznacza jako wynikłą w skutek odczynu zwrotnego, właściwego zwężonéj cewce moczowéj, a odbijającego się na systemie nerwowym w ogóle a naczynioruchowym w szczególności. Dittel w swéj książce o zwężeniach cewki moczowéj rozróżnia słusznie trzy rodzaje gorączki moczowéj, lecz poświęca rozbiorowi ich bardzo mało miejsca i bez wszelkiéj krytyki przyjmuje dowolny i niczém nieusprawiedliwiony podział na odczyn nerwowy, przyranny i chorobowy (*morbid*). Uczeń jego Englisch skłania się więcéj do teoryi nerkowéj, gdyż w całym długim szeregu artykułów z r. 1873—74 w *Wien. Med. Presse* umieszczonych bardzo jednostronnie odnosi gorączkowe przypady po dilatacyi zwężeń cewki do zadrażnienia nerek.

Tak miała się rzecz mniéj lub więcéj, gdy w r. 1880 wystąpił Guyon, profesor paryzkiéj szkoły lekarskiéj, ze swojém znakomitém dziełem o chorobach dróg moczowych, w którém bardzo szczegółowo zastanawia się nad gorączką moczową, poddaje sumiennéj krytyce dotychczasowe teoryje i zapatrywania, a w końcu wypowiada swoje zdania, oparte na długoletniém doświadczeniu i sumienném postrzeganiu. Przekonania jego dałyby się mniéj lub więcéj w następujący sposób streścić.

U cierpiących na choroby dróg moczowych postrzegamy trojakie przypady gorączki moczowéj: a) odosobniony napad ostry, występujący w kilka godzin po jakiéjkolwiek manipulacyi w cewce moczowéj, w postaci silnego i długiego dreszczu, po którym następuje okres potów i osłabienia. Powikłania ze strony płuc i mózgu należą do wyjątków, a rokowanie prawie zawsze pomyślne; b) napady ostre przedłużone czyli powrotne niececbujące się już takim typowym przebiegiem jak poprzedni, lecz występujące w nieregularnych odstępach czasu, które wypełnia stan podgorączkowy. Powikłania ciężkie i liczne, wynik często niekorzystny, a i w razach lżejszych powrót do zdrowia trudny; c) formę chroniczną objawiającą się bladością powłok zewnętrznych, wejrzeniem kachektycznem a przedewszystkiém złém trawieniem przy cieplocie prawidłowéj lub tylko nieznacznie podwyższonéj.

Daléj wykazuje autor, że z pomiędzy powyższych czterech teoryj tylko dwie zasługują na uwagę, mianowicie teoryja wnikania gotowego moczu do żył lub chłonic przez ranki lub nadżerki w błonie śluzowéj i druga niedokładnego wydzielania składników moczu ze krwi, obydwie świetnie bronione przez swych zwolenników; że jednak każda z nich sama dla siebie nie wystarcza do wyjaśnienia faktów. Według niego powstaje napad ostry przez dostanie się gotowego moczu do krążenia, z którego go organizm z łatwością drogą nerek i gruczołów potnych wydala i dla tego chorzy tacy szybko powracają do stanu prawidłowego, jeżeli tylko stan nerek jest dobrym. Forma chroniczna jest wypadkiem ciągłego a powolnego działania części składowych moczu, które nie mogąc być wydzielonemi ze krwi, powoli w niéj się gromadzą i owych powyżéj wymienionych przypadów stają się przyczyną. Pośrednio między jedną a drugą formą leżą napady ostre powrotne, które podobnie jak napad ostry odosobniony biorąc początek w dostaniu się moczu gotowego do krwi, znajdują w stanie patologicznym nerek przyczynę słabszą lub silniejszą do podtrzymywania się nasilenia a częstokroć nawet do sprowadzenia zejścia śmiertelnego. Dla tego téż proponuje Guyon nową nazwę, mianowicie zakażenie lub zatrucie moczowe w zamian za gorączkę moczową, która, jakkolwiek już w literaturze utarta, niezupełnie odpowiada dzisiejszym pojęciom. Przypadki nagłéj śmierci (*cas foudroyants*) po manipulacyjach chirurgicznych w cewce lub pęcherzu uważa on za rzadkość, a i tu najczęściéj daje się wykazać przyczyna w postaci rozległych obrażeń tych części. Wyjaśnia on to na przypadku przez siebie postrzeganym, w którym po nieudanych próbach przejścia przez miejsce zwężone przyszło podczas parcia moczu do pęknięcia cewki tuż przed zwężeniem, tak że chory oddawał mocz prawie wprost do żyły; gdyby nie sekcyja, uważanoby tutaj śmierć jako następstwo odczynu nerwowego lub coś podobnego. Do wytłumaczenia takich nagłych przypadków potrzeba jednak zawsze patologicznego stanu nerek, w obec których i sam odczyn nerwowy przez łagodnie wprowadzone narzędzie może się stać groźniejszym niż ciężkie obrażenia cewki bez zmian w nerkach. Stwierdzają to i doświadczenia na zwierzętach dokonane przez Feltza i Rittera, którzy wykazali, że przy zdrowych nerkach potrzebną jest ilość moczu z trzech dni, aby przez wprowadzenie jéj do naczyń krwionośnych zwierzę zaraz zabić, że zaś daleko mniejsza do tego wystarcza ilość, jeżeli wykluczymy lub upośledzimy działanie nerek. Proste zetknięcie się moczu z raną nie sprowadza żadnych przypadów zatrucia moczowego, do tego potrzeba koniecznie wparcia moczu w ranę i tak powstaje napad ostry zazwyczaj po uretrotomii wewnętrznéj (10 razy na 14, jeżeli chory odrazu potém oddaje mocz cewką, a 65 na 300, jeżeli założyliśmy cewnik komorném i to najczęściéj po tegoż wyjęciu); daléj po litotrypsyi osobliwie wtenczas, jeżeli odłamek kamienia raniąc cewkę zatrzymuje się w niéj, po rozszerzaniu zwężeń świeczkami i t. p. czynnościach.

Z chorób, które mają podobny przebieg do gorączki moczowéj, wymienia Guyon następujące: a) *nephritis interstitialis acuta*, która przebiegając bardzo podobnie jak napad ostry gor. moczowéj, tém się tylko od niego różni, że trwa

nieco dłużéj bo kilka dni i że najczęściéj kończy się źle; b) *nephritis interstitialis chronica* (*sclerosis renum*), prawie we wszystkiém zgadza się z przebiegiem gor. moczowéj chronicznéj z tym tylko wyjątkiem, że w téj ostatniéj nie wydarzają się nigdy krwotoki osobliwie z nosa i że śmierć nie następuje w niéj wśród przypadków uremicznych; c) napad zimniczy sam dla siebie niczém się nie różni od napadu ostrego, tylko że ten ostatni stoi odosobniony, gdy tamte mają tor regularny. Przypadkowe powtarzanie się napadu ostrego gorączki moczowéj, lub wyjątkowy nieregularny tor zimnicy mogą rzeczywiście dać w pewnych razach powód do pomięszania tych chorób; d) ropnica również ma podobny przebieg, osobliwie jak ów typ napadu powrotnego, a celem ułatwienia rozpoznania zwraca Guyon uwagę na komplikacyje w postaci ropni przerzutowych, zropienia stawów i t. p., które bardzo prędko występują w ropnicy, a nader tylko rzadko w gorączce moczowéj.

Gdy przed kilku laty zacząłem się z większą usilnością i zamiłowaniem oddawać leczeniu chorób dróg moczowych, a gdy nadto miałem sobie zwróconą uwagę na gorączkę moczową przez dopieroco omówione dzieło, począłem i ja baczniéj na nią patrzeć, a zestawiwszy w kilku latach dosyć poważny szereg tych przypadków pozwalam sobie przytoczyć tu pewne uderzające w nich szczegóły, które z jednéj strony posłużyć mogą do potwierdzenia teoryj Guyona, z drugiéj zaś przyczynić się do rozszerzenia wiadomości naszych o téj tak ważnéj chorobie.

Przedewszystkiém zaznaczam: 1. Że prawie wszystkie przypadki gorączki moczowéj postrzegałem u chorych dotkniętych zwężeniem cewki moczowéj (9 razy na 10); raz tylko po litolapaksyi, gdzie także okruchy kamienia dawały powód do ranienia i równoczesnego ścieśnienia światła cewki moczowéj.

2. Że odczyn nie pochodzi od stopnia obrażenia, lecz od innych warunków, dowodzi najlepiéj następujący przezemnie postrzegany przypadek: Maksymilijan R., lat 30 liczący, nauczyciel prywatny, przebył trypra przed kilku laty, a od roku zauważał coraz to trudniejsze oddawanie moczu. Dnia 6go kwietnia 1884 roku stwierdziłem ślednikiem pałeczkowatym zwężenie cewki w części opuszkowéj i próbowałem przejść przez miejsce zwężone świeczką, lecz bez skutku, przyczém doznał chory lekkiego bólu i pokazało się parę kropelek krwi. W kilka godzin późniéj wybitny dreszcz, ciepłota ciała do 40°C. podniesiona z następnym okresem potów; na drugi dzień zupełny powrót do zdrowia. W dwa dni późniéj, pomimo przejścia cienkiéj świeczki, te same przypady, dla tego odstąpiłem od zamierzonego powolnego rozszerzania i dokonałem go w sposób nagły za pomocą narzędzia Stearnsa, poczém zostawiłem cewnik ile możności gruby (10 ang.) komorném w pęcherzu. Pomimo tak gwałtownego postępowania nie było tym razem żadnego odczynu.

3. Że tym czynnikiem bywa wparty w ranki mocz, za tém przemawia nietylko powyżéj opisany przypadek, lecz jeszcze i ta okoliczność, że w niektórych przypadkach udało mi się wykazać na międzykroczu zaraz po napadzie lekkie stwardnienie, które czasem nawet przechodziło w ropienie.

4. Popiera to także i ta okoliczność, że dreszcz i w ogóle cały napad bywa tym silniejszym, im większą bywa równoczesna przeszkoda w oddawaniu moczu. Przy téj sposobności muszę wspomnieć o własném doświadczeniu nad zachowaniem się cewnika stale w pęcherzu umieszczonego. Przeważna liczba chirurgów francuzkich, a z nimi i Guyon podają, że cewnik stale w pęcherzu umieszczony chroni od napadu gorączki i fakt ten przytaczają jako dowód popierający teoryję wessania gotowego moczu; ja zaś faktu tego w zupełności potwierdzić nie mogę, na 15 bowiem przezemnie wykonanych uretrotomij wewnętrznych sposobem Maisonneuvea dwa razy postrzegałem napad ostry gorączki moczowéj zaraz w pierwszym dniu pomimo obecności cewnika w pęcherzu. Okoliczność ta mimo to nie może być wyzyskaną jako dowód przeciw téj teoryi, albowiem w obydwu tych przypadkach odpływał mocz cewnikiem i równocześnie obok cewnika. Ważną jest także rzeczą, że napady te odznaczały się bardzo słabém nasileniem, odpowiadającém i słabemu wparciu moczu. Nie mogę przy téj sposobności przemilczeć jednéj uwagi, a mianowicie, że Guyon radzi po uretrotomii wewnętrznéj używać do stałego umieszczenia cewnika średniéj grubości (16 franc.) wychodząc z téj zasady, że mocz obok przepływający nie będzie wpieranym, tylko odpłynie obok ranki, podczas gdy gruby cewnik stawiać będzie zaporę i ułatwi wpieranie moczu. Moje doświadczenie przemawia za przeciwném postępowaniem i właśnie grubszy cewnik wypełni cewkę w miejscu rozciętej blizny i uniemożebni raczéj dostanie się moczu do ranki.

5. Do rzędu najciekawszych spostrzeżeń moich w téj kwestyi należy bezsprzecznie, że gorączka moczowa powstać może dobrowolnie jako napad osry odosobniony i że napady takie poprzedzają wytworzenie się nacieczenia moczowego; jestto jeden z filarów popierających teoryję o wessaniu gotowego moczu, o którym nawet tak w tych rzeczach doświadczony Guyon wspomina, że mógłby mu służyć za dowód, gdyby się nadarzyła sposobność obserwowania pierwszych początków nacieczenia; chorzy bowiem z tym stanem chorobowym przybywają do szpitali już w pełnym rozwoju, tak że odróżnienie przypadów gorączki moczowéj jest niemożliwém z powodu brania ich za przypady septyczne. Przypadek mój dotyczył mężczyzny lat około 60 liczącego, który przebył trypra przed laty 30, a trudniejsze oddawanie moczu zauważał od lat kilku, nigdy jednak nie zasięgał z tego powodu rady lekarskiéj, gdyż przypady te nie dokuczały mu tak dalece, natomiast udawał się do swego lekarza po radę celem usunięcia ciężkiéj zimnicy, która od kilku miesięcy początkowo w rzadszym, późniéj zaś w częstszym torze niezmiernie mu dokuczała. Lekarz stwierdziwszy sam przebieg takiego napadu, nie wątpił, że ma do czynienia z zimnicą i stósował silne dawki chininu, lecz bezskutecznie. Gdy jednak napady te stawały się coraz częstszemi, począł się równocześnie wytwarzać guzek bolesny na międzykroczu, a kiedy mojéj zawezwano rady, nasięk moczowy był już bardzo wybitny, atoli przez szybko wykonaną uretrotomiję zewnętrzną dał się w dalszym swym pochodzie na czas powstrzymać. Obecnie chory ten jest na ozdrowieniu, a o napadach zimniczych nie ma mowy, ustąpiły one stanowczo przed ostrzem noża i stale umieszczonym cewnikiem, chociaż tak długo stawiały opór chininowi. W dwóch innych przypadkach nie przyszło do nasięku moczowego, gdyż na czas przedsięwzięte leczenie mechaniczne zwężenia cewki moczowéj usunęło stanowczo napady wrzekomo zimnicze.

6. Niemniéj dowodzącém i pouczającém było następujące spostrzeżenie. U 54-letniego mężczyzny wykonałem litolapaksyję w dniu 17 stycznia br., przyczém usunąłem mu za pomocą ewakuatora okruchy z dwu kamieni moczanowych, ważących razem

16grm. Z powodu znacznego i bolesnego parcia na mocz umieszczono zaraz na drugi dzień po operacyi cewnik angielski stale w pęcherzu i usunięto go dopiero po 48 godzinach, gdy wszystkie nieprzyjemne uczucia w pęcherzu ustąpiły. Odtąd oddawał chory mocz dobrowolnie 7—8 razy na dobę bez bólów lecz zawsze barwy krwawéj i tu i owdzie zawierający jaki mniejszy lub większy okruch z kamienia. Piątego dnia podniosła się ciepłota ciała utrzymująca się dotąd w granicach prawidłowości do 38·6° a szóstego dnia wystąpił silny dreszcz z ciepłotą 39·6° i rozlewnemi potami. Siódmego dnia apyreksyja, ósmego znów dreszcz wkrótce po oddaniu moczu, w którym znaleziono kamyczek o ostrych brzegach. Gdy wreszcie dziesiątego dnia po raz trzeci taki sam przebieg się powtórzył i gdy równocześnie okazał się na międzykroczu bolesny obrzęk, który nam pozwolił wykluczyć napady zimnicze, za któremi typowość przebiegu przemawiać się zdawała, pozostała nam do rozstrzygnięcia kwestyja, czy w obecnym przypadku mamy do czynienia z napadami ostremi gorączki moczowéj wywoływanemi przejściem ostrych odłamków kamienia, czy też z napadami ropnicy nie tak zbyt rzadko po litolapaksyi się wydarzającéj. Chcąc rozstrzygać według doświadczenia Guyona, musiałbym czekać, czy się nie wyrobią ropnie przerzutowe, któreby w takim razie za ropnicą przemawiały; gdy mi atoli tak ze względu na chorego i jego najbliższe otoczenie, jakoteż i ze względu na samego siebie, bardzo na tém zależało, żeby zaraz mieć pewność rokowania, postanowiłem zaprowadzić do pęcherza cewnik i pozostawić go tamże stale przez jakiś czas, wychodząc z tego zapatrywania, że jeżeli dreszcze te wywoływane były przejściem lub wklinowaniem się kamyczka, to po założeniu cewnika na stałe muszą one ustąpić; w przeciwnym razie świadczyłyby o rozwijającéj się ropnicy. Po uskutecznieniu czego czuł się chory jakby odrodzonym, dreszcze się więcéj nie powtórzyły, ciepłota ciała pozostawała w granicach prawidłowych tak, że po kilku dniach można było cewnik usunąć. Po miesiącu opuścił chory zakład z nieznacznym tylko nieżytem pęcherza.

Jeżeli więc niniejszy przypadek dostarcza jeszcze jednego dowodu, że mocz wnikający w ranki wywołuje napady gorączki moczowéj czyli, jak inni nazywają, cewkowéj, to z drugiéj strony poucza on, jak możemy w niektórych razach odróżnić taką gorączkę od ropnicy lub zimnicy i jak najskuteczniéj ją usunąć.

II. Chirurgija w usługach medycyny wewnętrznéj.

Podał
Dr. J. Zielewicz,
lekarz dyrygujący oddziału chirurgicznego szpitala Sióstr Miłosierdzia w Poznaniu.

(Rzecz przedłożona w streszczeniu na Walném Zebraniu sekcyi lekarskiéj Towarzystwa Przyjaciół Nauk d. 19 grudnia 1886 r.).

(Dokończenie. Patrz Nr. 12)

Jakim zabiegiem operacyjnym cel osiągnąć, czy laparotomiją, czy enterotomiją, zależeć będzie od decyzyi operatora, który pewność swéj techniki antiseptycznéj w ścisłą w obec tego postanowienia powinien brać rachubę. W każdym razie lepiéj zrobi, jeżeli zastawszy chorego już w stanie głębokiego zapadu, od laparotomii zupełnie odstąpi w słuszném przypuszczeniu, że chory ten przydłuższéj w każdym razie operacyi już nie wytrzyma. Mniéj zaś wprawnemu operatorowi nie zawadzi pamiętać, że jakkolwiek ostatniemi laty w odszukiwaniu mechanicznéj przeszkody wśród operacyi wielkie zrobiono postępy (Obaliński), to jednak te przedewszystkiém przypadki kwalifikują się do laparotomii, w których umiejscowiony ból lub wyczuwalny obrzęk w brzuchu operatorowi przy odszukiwaniu zacisku za przewodnika posłużyć może. Wtedy operacyja ma widoki powodzenia: wyrównać wgłobienie, usunąć skręt kiszek, rozciąć lub rozerwać taśmę otrzewnową lub inną podobną usunąć przeszkodę jest wśród takich okoliczności rzeczą mniéj lub więcéj łatwą. Laparotomija poza temi wskazaniami podjęta może się łatwo nie udać o tyle, że operator nie znalazłszy mechanicznéj przeszkody, co i anatomowi na stole sekcyjnym nie zawsze łatwo przychodzi, będzie musiał jamę brzuszną zaszyć, albo też szukać jeszcze ocalenia chorego w enterotomii.

Przeciwko laparotomii w niedrożności jelit przemawia wysoka jeszcze podziśdzień z téj operacyi śmiertelność (Treves, Schramm), ale statystyka Schramma wykazuje, że antiseptyka i tu oddziałała korzystnie: po roku 1873 śmiertelność spadła z 73% na 58%, co w obec zwykłego nieomal prawidła, że podziśdzień operatorowi powierza się chorego dopiero *in extremis*, na korzyść operacyi przemawia. Schramm przedstawił graficznie niebezpieczeństwo wynikające ze zwlekania operacyi, a patologija niedrożności jelit dawno już wykazała, że powodzenie laparotomii tak jak herniotomii zależy od stanu, w jakim się jeszcze jelito w czasie operacyi znajduje; jest tedy nadzieja, że gdy prawdy te przenikną z czasem szersze koła lekarskie, laparotomija w niedrożności jelit przestanie być, jak dotąd, postrachem lekarzy i chorych. Spotykamy się także z innym jeszcze przeciw laparotomii zarzutem, mianowicie, że objawy niedrożności jelit wystąpić mogą niekoniecznie z powodu przeszkody mechanicznéj, lecz bywają wyrazem porażenia kiszek przy zapaleniu otrzewny. Słuszność tego zarzutu jest tylko pozorna, bo przypadki takie są rzadkie (Duplay) a zresztą zapalenie otrzewny nie stanowi przeciwwskazania do laparotomii ani wtedy, gdy otrzewna uległa zapaleniu obok niedrożności jelit, ani wtedy, gdy jest wyrazem przedziurawienia jelita. W dzisiejszym stanie chirurgii jamy brzusznéj operacyjne leczenie ostrego rozlanego ropiastego czy septycznego zapalenia otrzewny jest koniecznością, wynikającą niejako z ducha czasu. A chociaż dotychczas wyniki nie są zachęcające, nie idzie zatém, aby chirurgiczne leczenie téj choroby nie miało być uprawnionem. Oczywiście, że gwałtowne formy zapalenia otrzewny septycznego, sprowadzające śmierć często w przeciągu kilku godzin, lub przebiegające wśród nagłego zapadu, wykluczyć należy od zabiegu chirurgicznego. Ale i w przypadkach mniéj gwałtownych napotykamy na wielkie trudności w osiągnięciu zamierzonego przez operacyję celu, a przeszkody te leżą w naturze otrzewny i stosunkach anatomicznych jamy brzusznéj, nie pozwalających nam na energiczne stosowanie antiseptyki w całéj pełni, polegającéj na laparotomii, desinfekcyi i drenowaniu jamy. Mimo to znane już są pomyślne w tym kierunku wyniki (Treves, Lawson Tait, Obaliński i inni).

Niektórzy są zdania, że ze względu na niekorzystne wytwarzanie się z czasem zlepów międzyjelitowych należy operować wcześnie, tymczasem Krönlein operował dziewiątego dnia choroby z pomyślnym skutkiem. Chłopiec 19letni, najadłszy się wiśni z pestkami dostał gwałtownych wymiotów i boleści, poczém lekarz odesłał chorego wprost do kliniki chirurgicznéj. Krönlein znalazł w jamie brzusznéj wielką ilość ropy, chory wyzdrowiał.

Chroniczny umiejscowiony ropień jamy brzusznéj operowałem ostatniemi czasy z dobrym skutkiem. Chłopiec 13 lat liczący, w lecie r. b. przyjęty na mój oddział w szpitalu Sióstr Miłosierdzia z ropniem powłok brzusznych, operowanym już raz w domu przez miejscowego lekarza. Tym razem ropień wielkości kurzego jaja, nad powierzchnię słabo wystający, zajmował prawą boczną okolicę brzucha. Rozcięty szeroko w dwóch kierunkach, wyskrobany i zeszyty zagoił się w części przez rychłozrost, w części przez ropienie. Przyczyną choroby miało być upadnięcie na brzuch. Dnia 28go listopada b. r. odstawiono znów tegoż chorego do szpitala w stanie groźnym. Chłopiec skarży się na gwałtowne boleści w brzuchu, siedzi skurczony, leżeć dla bólu wcale nie może. Cieplota ranna 38°, wieczorna 38·6°—39°C. Brak łaknienia, stolec nieregularny, skłonność do rozwolnienia od kilku lat trwająca. Dawniejsze pole operacyjne przedstawia dziś bliznę cienką, delikatną, przy dotknięciu bolesną, a w jéj sąsiedztwie w prawéj bocznéj okolicy brzucha, poniżéj pępka, daje się wymacać obrzmienie twarde nieco ruchome, przesuwające się pod wpływem ruchów oddechowych i bolesne. Wypuk reszty brzucha prawidłowy. Brzuch cały przy dotknięciu bolesny, powłoki lekko napięte. Wśród laparotomii okazało się, że guz ów w sąsiedztwie staréj blizny był zwojem gruczołów kreskowych, w części rozpadłych, w części zapalnie nacieklych i powiększonych. Sąsiednie zwoje kiszek cienkich różowo nastrzykane. Przy wydobyciu na wierzch owego obrzmienia nagle pokazała się w ranie ropa, a przy nacisku na boki brzucha poniżéj pępka przybywało jéj coraz więcéj Ruszywszy zwoje kiszek cienkich, zlekka ze sobą pozlepiane, odsłoniłem ropień pomiędzy niemi usadowiony, a podstawę mający w okolicy stosu pacierzowego. Zawierał ropy około trzech łyżek stołowych Wypłukanie jamy ciepłym rozczynem sublimatu 1:5000, wyczyszczenie jéj tamponami z gazy sublimatowéj, szew powłok brzusznych. W przebiegu pooperacyjnym nastąpiła komplikacyja, o któréj późniéj, dziś zaś nadmieniam, że chory nasz ma wszelkie widoki zupełnego wyzdrowienia i służyć może za jeden z wielu przykładów skutecznéj operacyjnéj pomocy w długotrwałych ropniach jamy brzusznéj.

Za laparotomiją w *peritonitis perforativa* przemawiał już Marion Sims w r. 1881, ale pierwsze w tym kierunku doświadczenia datują się dopiero od kilku lat. Szybką jedynie decyzyję i w ślad za nią wykonaną laparotomiją, wyczyszczeniem jamy brzusznéj i zeszyciem otworu w jelicie uratował Mikulicz chorego, którego operował właściwie z powodu niedrożności jelit, a przy operacyi dopiero przekonał się, że miał do czynienia z zapaleniem otrzewny z powodu przedarcia jelita przez wrzód, prawdopodobnie tyfusowy. W zeszłym roku laparotomował Oberst (*Centralblatt für Chirurgie,* 1885, str. 20) z powodu przepukliny, w któréj worku nie znaleziono jelita lecz treść kałową, a śród przeszukiwania kiszek wykryto otwór w jelicie. *Anus praeternaturalis*, śmierć z wyniszczenia.

Jedną z najświetniejszych zdobyczy lat ostatnich na polu endochirurgii stanowi niezaprzeczenie chirurgija żołądka. Rak tego narządu stał się chorobą chirurgiczną bez względu na swoje umiejscowienie, a chociaż dziś jeszcze resekcyja żołądka spoczywa w ręku kilku ledwie specyjalistów, przyszłość jéj zależeć będzie od uproszczenia techniki i wczesnéj decyzyi chorego. Trzeba mieć nadzieję, że genijalne pomysły takich mistrzów w resekcyi żołądka jak Billroth, Péan, Rydygier, Wölfler, Czerny nie pójdą na marne, a chirurgija żołądka trwałe w naszym skarbcu leczniczym zdobędzie sobie miejsce. Podziśdzień rezultaty téj operacyi nie są zbyt świetne: więcéj niż połowa operowanych na raka żołądkowego chorych zmarła tuż po operacyi lub wkrótce po niéj, a tylko małéj liczbie chorych przedłużono życie znacznie poza zwykły kres śmiertelności z téj choroby. I tak w przypadku Wölflera recydywa po 5 latach nie nastąpiła, Socinowi umarła chora w 2½ lat po operacyi, Rydygierowi po 2¼ latach (szewcowa Nowakowska operowana d. 28 lipca 1884, umarła d. 31 października 1886 w szpitalu Sióstr Miłosierdzia w Poznaniu). Rydygier (*Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie,* T. XXI, str. 549) słusznie przewidywał recydywę z powodu znacznéj wielkości raka, lecz zarazem dobrze rokował co do trwałości skutków operacyi, nie znalazłszy nigdzie w okolicy żołądka nacieków rakowych. Po dwóch przeszło latach preparat anatomiczny przedstawiał zwężenie w miejscu operowaném, graniczące prawie z niedrożnością. Rydygier osiągnąwszy tak świetne w resekcyi żołądka rezultaty, rozszerzył wskazanie do téj operacyi i wykonywa ją nietylko w raku żołądkowym ale i w krwotokach pochodzących z wrzodu okrągłego, tudzież w przebiciu ku jamie brzusznéj.

Nie mając wcale zamiaru przedstawić Wam, sz. koledzy, wyczerpujący obraz zabiegów chirurgicznych w jamie brzusznéj, pominąć jednak nie mogę cierpienia, które u nas dosyć częste a środkami wewnętrznemi nieuleczne, ostatniemi laty na drodze operacyjnéj w znacznéj liczbie przypadków dało się wyleczyć. Są to pewne choroby odnoszące się do pęcherza żółciowego. Mamy tu do czynienia albo z trwałém zajęciem przewodu żółciowego i zatrzymaniem żółci, albo téjże zamknięciem przewodu pęcherzowego z następowém nagromadzeniem wypociny surowiczéj lub ropiastéj w worku żółciowym. Wiadomo, że przy długotrwałém zatrzymaniu żółci chorzy prędzéj lub późniéj giną z zatrucia krwi żółcią. Ponieważ katastrofa zwykle powoli się zbliża, pozostanie lekarzowi dosyć czasu do wypróbowania środków wewnętrznych, lecz z drugiéj strony wymagać od niego możemy, aby nie zwlekał z jedyną jeszcze możliwą pomocą, jaką choremu dać może operacyja, co nastąpić powinno, nim siły chorego do ostateczności zostały wyczerpane. Laparotomija w celu rozpoznawczym wykaże przyczynę zamknięcia przewodu, w najgorszym razie przyczyną tą będzie rak narządów sąsiednich, a w takim razie operator wszelkich dalszych zabiegów zaniecha. W każdym jednak razie wskazane jest przecięcie worka żółciowego, któratо operacyja ułatwiwszy odpływ żółci na zewnątrz, nie stanowi jeszcze gruntownego leczenia cierpienia, do czego potrzeba nowe dla żółci utworzyć drogi odpływu (Winiwarter).

Daleko korzystniéj przedstawiają się rezultaty zabiegów chirugicznych w przypadkach niedrożności przewodu pęcherzo-wątrobowego, któréj skutkiem bywa torbielowata rozstrzeń worka żółciowego płynem wodnistym lub zapalenie tegoż zbiornika ropiaste. Zwyczajna puchlina worka żółciowego daje wskazanie do operacyi wtedy, gdy guz wielkością swoją i ciężarem przeszkadza oddychaniu, lub gdy grozi pęknięciem i wywołaniem ogólnego zapalenia otrzewny.

Daleko większe dla chorego niebezpieczeństwo wynika z otoku, albowiem ściany pęcherza żółciowego już wcześnie podlegają zwyrodnieniu i przebicie każdéj chwili grozi katastrofą. Wprawdzie w szczęśliwych przypadkach następują zlepy z jelitami lub ze ścianą brzuszną, a otok obiera sobie korzystny na zewnątrz kierunek, często jednak zdarza się, że nim to nastąpi, chorzy ulegają gorączce i wycieńczeniu.

Dla tego z operacyją w tych przypadkach ociągać się nie należy. Zwykłą przyczyną puchliny i otoku bywają kamienie żółciowe. Laparotomije z tego powodu wykonane miały przebieg przeważnie pomyślny. Ostatniemi czasy Krönlein (Köhl: *Cholecystotomie bei Hydrops der Gallenblase. Correspondenzblatt f. schweiz. Aerzte*, 1886, Nr. 8) ogłosił jedynaście przypadków operacyjnego leczenia téj choroby. Trzech chorych cierpiało na puchlinę, jeden na otok pęcherza żółciowego, sześciu na przewlekłą kamycę żółciową. Krönlein pod względem operacyjnym reprezentuje kierunek ultraradykalny; kiedy bowiem inni najczęściéj zadowalają się nacięciem worka żółciowego, chirurg zurychski, idąc za przykładem Langenbucha, wycina tenże zbiornik doszczętnie i jak dotychczas z nader pomyślnym wynikiem, na 11 bowiem operacyj dwie tylko skończyły się śmiercią.

Na têm kończę mój pogląd. Powtarzam, że nie miałem zamiaru przedstawić wyczerpującego obrazu endochirurgii, mojém zadaniem było podać Wam, szan. koledzy, przedmiot do dyskusyi, a zarazem zachęcić do gorliwego śledzenia postępów w chirurgicznêm leczeniu tych chorób, które dla nieświadomych uchodzą za nieuleczne, a które, jeżeli nie zupełnie usunąć, to w najgorszym razie złagodzić jest w stanie ta umiejętności lekarskiéj najstarsza córa, *quae manu curat.*

III. Przyczynek do kazuistyki duru brzusznego i powikłań.

(Urywek ze sprawozdania lekarskiego za r. 1884.)

Dr. Jan Kulczyński,
sekundaryjusz oddziału.

(Dokończenie. Patrz Nr. 12).

6. Stefania L. lat 17 licząca, bez zajęcia, przybyła do szpitala dnia 9 marca a wywiady wykazały, że miała mieć przed 6 dniami silny dreszcz, po którym wystąpiła gorączka, zrywania, majaczenia i kilkakrotne wymioty. Badanie wykazało: dobrą budowę, liche odżywienie, twarz mocno zarumienioną, język wilgotny, obłożony, w płucach żadnych zmian, również w narządzie krążenia. Sledziona powiększona, jednak niemacalna. Mierne rozwolnienie, ciepłota 39·5° C., ból głowy znaczny. Mocz bez białka.

Rozpoznano dur brzuszny. Chora zmarła 10 marca o godz. 6½ rano. Sekcya wykazała: *Pyaemia. Abscessus metastatici pulmonum, hepatis et renum. Leptomeningitis purulenta acuta. Hyperaemia et oedema acutum pulmonum. Residua post typhum abdominalem. Degeneratio caseosa glandularum lymphaticarum colli.*

Chora umarła po 12-sto godzinnym pobycie w szpitalu. Przebieg kliniczny przed przybyciem niewiadomy. Sekcyja wykazała: *Residua post typhum abdominalem,* więc ślady dawno przebytego duru, z którym nie były w związku znalezione zmiany chorobowe a mianowicie zapalenie opon mózgowych.

7. Mateusz Cz. lat 31 liczący, wyrobnik, przybył do szpitala dnia 8 lutego, podając, iż od tygodnia doznaje codziennych dreszczów, ma ból głowy i że od czasu do czasu ma kłucie w boku lewym. Badanie: Budowa dobra, odżywienie liche. Skóra blada, bez śladów wysypki, język wilgotny miernie obłożony. W obu szczytach z przodu i z tyłu oddech zaostrzony, z tyłu po stronie lewéj w dolnéj części oddech słabszy przy równoczesnêm przytłumieniu odgłosu wypukowego a z głębi w miejscu stłumienia słychać przy głębokim wdechu drobne wilgotne rzężenia. Zmian w narządzie krążenia nie ma, tony tylko tępe. Wątroba niemacalna, śledziona zaś pod łukiem macalna, brzeg jéj gruby niebolesny. Ciepłota 38·6°C, tętno wolne. Rozpoznano: Dur brzuszny. W drugim dniu choroby ciepłota wynosiła 37·5°C, w trzecim niżéj normy 36·8, tak samo w 4, 5, 6 i 7; odtąd do zejścia śmiertelnego pomiędzy 39·°C a 37·9°C. Tętno nikłe. Śledziona mimo początkowo podawanego chininu (1 gm. na dzień) powiększała się, wysypki przez cały ciąg choroby nie było. W czwartym dniu pobytu w szpitalu wystąpiło rozwolnienie, które utrzymywało się stale do końca życia. — Dnia 17 lutego wystąpił nagle zapad, język stał się suchym, brzuch mocno wzdęty i chory zakończył życie dnia 18 lutego o godz. 1 w nocy. Sekcyja wykazała:

Typhus abdominalis in stadio cicatrisationis et ulcerationis cum perforatione intestini ilei squ. peritonitide universali septica. Hyperplasia typhosa glandularum mesaraicarum minoris gradus. Hyperaemia passiva cerebri. Oedema acutum pulmonum. Pleuritis fibrosa bilateralis. Degeneratio adiposa musculi cordis. Degeneratio adiposa hepatis et renum. Catarrhus ventriculi et intestinorum chronicus. Meteorismus. Pharyngitis granulosa.

Przebieg kliniczny odpowiadał późnemu okresowi duru; chory czuł się jednak dopiero od tygodnia przed przybyciem do szpitala chorym. Widocznie mieliśmy przed sobą dur przebiegający z lekką gorączką, z którą chory chodził, zaczem przemawia i stan bezgorączkowy przez 3 dni w szpitalu się utrzymujący tak, że nawet z początku myślano o zimnicy, ale ogólne objawy wśród trwającego rozwolnienia i zwiększającego się obrzęku śledziony chroniły od mylki rozpoznawczéj. Przedziurawienie jelita i zapalenie otrzewny musiało wystąpić w ostatnim dniu i nie było za życia rozpoznane.

Z obowiązku sprawozdawcy wspomnieć musimy jeszcze o 2 przypadkach, w których dur brzuszny rozpoznano za życia a w których sekcyja tegoż nie wykazała.

U Anny R. lat 52 liczącéj przyjętéj, do szpitala dnia 23/11, a opowiadającéj, że od 2 tygodni ma silny ból głowy i że gorączkuje; badanie wykazało: budowę dobrą, odżywienie liche. Skóra blada. W płucach obok obniżonych granic płuc nad obojczykiem prawym odgłos mniéj jawny i wyższy, w miejscu têm wdech zaostrzony, zresztą zmian żadnych. Śledziona ani wątroba nie powiększona. Ciepłota 39°C. Mocz bez białka.

Do dnia 30/11 stan ogólny niezmieniony, ciepłota zawsze powyżéj 39°C a śmierć nastąpiła wśród ciągle wzmagającego się osłabienia dnia 30/11. Przez cały czas choroby w szpitalu chora nie kaszlała, a zmiany w płucach nie zwiększały się. Sekcyja wykazała: *Tuberculosis miliaris dissseminata acuta pulmonum, pleurarum, lienis, hepatis et renum. Processus atheromatosus insignis aortae et arteriarum periphericarum. Thrombi parietales aortae ascendentis et descendentis. Degeneratio adiposa musculi cordis. Hyperaemia passiva, degeneratio adiposa et atrophia incipiens hepatis. Nephritis interstitialis chronica disseminata et degeneratio adiposa renum, Hypertrophia portionis vaginalis uteri et endometritis chronica diffusa.*

Ani jednego z klasycznych objawów duru nie było, rozpoznanie oparte na wykluczeniu i dla tego mylne. Zmiany w płucach wyraźnie wybadane, duszność, sinica, a przedewszystkiem brak dodatnich znaków duru powinny były uchronić, jeżeli nie od mylnego rozpoznania, to przynajmniej od uważania tego przypadku za dur brzuszny. Najwyższa ciepłota była 39°C.

W drugim przypadku rozpoznanie duru było nietylko wytłumaczone, ale nawet uzasadnione, bo i sekcyja nie rozstrzygnęła sprawy, wykazawszy zmiany chorobom zakaźnym właściwe przed lokalizacyją. Tyczy się to mężczyzny Błażeja Sk. lat 36 liczącego, który leżał w szpitalu przez trzy doby. Przyjęty do szpitala 26 listopada podaje, że ma od 2 tygodni ból w karku, duszność, uczucie pociągania głowy ku tyłowi. Badanie wykazało budowę dobrą, odżywienie mierne, ruchy w karku możliwe, jednak nieco utrudnione, drżenie języka i małą sinicę twarzy. W narządzie oddechowym nieznaczny suchy nieżyt oskrzelowy; śledziona powiększona, ale nie macalna, w jelicie ślepem i zstępującem nagromadzenie kału. Ciepłota 40°C. Rozpoznanie: *Typhus abdominalis.* Chory przy ciągle wzmagającem się osłabieniu, prawie stałej gorączce i wolnem tętnie zakończył życie dnia 30/11.

Rozpoznanie anatomiczne: *Bronchitis diffusa, Pneumonia lobularis incipiens partium posteriorum pulmonum. Emphysema vesiculare marginale, hyperaemia et oedema acutum pulmonum, Tumor lienis acutus insignis. Degeneratio adiposa musculi cordis, hepatis et renum. Catarrhus ventriculi et intestinorum chronicus minoris gradus. Fractura cranii ad regionem parietalem sinistram sub forma impressionis, sanata.*

Ogółem więc na 32 przypadki duru (20 M. i 12 kobiet) leczonych w szpitalu w r. 1884 zmarło 7 (M. 1 K. 6) a więc 21·9%; u mężczyzn 1:20 tj. 5%, u kobiet na 12 zmarło 6 a więc 50%. Przypatrzmy się teraz bliżej szczegółowym protokółom sekcyjnym, mianowicie zmianom wspólnym wszystkim przypadkom i komplikacyjom w poszczególnych przypadkach:

U kobiety 25-letniej (p. 1) sekcyja w zakładzie anatomii opisowej uskuteczniona, gdzie nie podano protokółu szczegółowego, tylko rozpoznanie *Typhus abdominalis.* Z pozostałych 6 przypadków (M. 1 kob. 5) sekcyja wykazała: Zmiany miejscowe w jelitach w okresie zabliźniania po części owrzodzenia w jednym (u 31letniego M.); w okresie owrzodzenia po części nacieków w jednym (u 18-l. k.); w okresie owrzodzenia, nacieków i nekrozy w jednym (u 26-l. k.); a w okresie owrzodzenia, a po części nekrozy w jednym (u 20-l k.); sprawę durową skończoną w jednym przypadku (u 30-l. k.); a pozostałości po sprawie durowej w jednym przypadku (u 17-l. kob.) Ostry obrzęk śledziony stwierdziła sekcyja w 3 przypadkach (u k. 25-l. 26-l. i 20-l.); hyperplazyję gruczołów kreskowych w 4 przypadkach (u M. 31-ł. a k. 18-l 26-ł. i 20-l.), a więc zmiany w okresie owrzodzenia, czy to wyłącznie, czy obok nacieków i nekrozy i zabliźnienia w 4 przypadkach. W jednym tylko przypadku śmierć nastąpiła skutkiem posocznicy i odleżyny, po już zupełnie ukończonej sprawie durowej w kiszkach (u 30-l. kob.) a w jednym (u 17 k.) skutkiem zapalenia opon mózgowych ze śladami sprawy durowej dawno przebytej w jelitach. Okres owrzodzenia odpowiadał raz 9mu, raz 15, 2 razy 22mu dniowi pobytu w szpitalu, a 17mu, 23mu, 30 i 34 dniowi choroby a więc raz 3mu tygodniowi, 2 razy 4, raz 5 tygodniowi choroby. W powyżej wspomnianym przypadku ukończonego duru (30-l. k.) zmiany anatomiczne odpowiadały 8-mu tygodniowi, a w przypadku, gdzie sekcyja wykazała *residua post typhum,* czasu sprawy durowej ani z przebiegu ani z wywiadów oznaczyć nie było można.

Następstwa bezpośrednie: przedziurawienie kiszki i zapalenie posocznicze otrzewny w jednym przypadku (u 31-l. M.); dalsze następstwa 1) odleżyna zgorzelinowa z następową posocznicą i zgorzelina podudzia w jednym przypadku u 30-l. k. z zawałem krwawym nerki lewej 2) Zapalenie ropne nerek rozsiane w jednym przypadku (u 20-l. kob. 3) Zapalenie zrazikowe ostre płuc w 2 przypadkach (u 20-l. i 26-l. k.) Wreszcie jako powikłania dysponujące do ciężkiego przebiegu i niepomyślnego zakończenia sekcyja wykazała wrodzoną małość serca i wąskość tętnicy głównej u 20-l. k.

Jako zmiany końcowe wykazała sekcyja: obrzęk płuc w 2 przypadkach (25-l. i 18-l. kob.); zwyrodnienie miąższowe serca wątroby i nerek w 3 przypadkach (25 l., 26 i 20 k.); zwyrodnienie miąższowe i naciek tłuszczowy serca, wątroby i nerek u 20-l. kob. W jednym tylko przypadku u 18-letniej kobiety sekcyja nie wykazała żadnej cięższej komplikacyi, ale zato zanotowano w 34 dniu choroby, więc w 5 tygodniu pobytu w szpitalu, krwotoki kiszkowe; prócz tego stwierdzono w tym przypadku zanik mięśniowy i odleżynę, a w początkach choroby miała chora po zażytym w domu leku uporczywe wymioty.

Co do objawów spostrzeganych za życia: gorączka we wszystkich przypadkach była mierna z dość znacznemi remisyjami i dochodziła najwyżej do 40°C. W przypadku z przebiciem jelita nie dochodziła wśród całego przebiegu 39°C. Wysypka była we wszystkich przypadkach wybitną z początkiem lub końcem 3-go tygodnia, prócz u dziewczyny 17-letniej, gdzie sekcyja wykazała: „*Residua post typhum*“. Obrzęk śledziony był miękki, tylko w jednym przypadku (u 31-letniego mężczyzny) był twardy, dawny, zaś w jednym (u kobiety 26-letniej) z komplikacyją zrazikowego zapalenia płuc tylko wypukiem można było wykazać powiększenie śledziony, co wobec bębnicy towarzyszącej durowi jest bardzo niepewną i złudną metodą badania. Tętno dwubitne było tylko w jednym przypadku (u 26-letn. k.) z ostrem zapaleniem zrazikowem płuc, a dochodziło do 120 uderzeń w 2 przypadkach (u 20 i 18-letniej kobiety). Biegunkę spostrzegano we wszystkich przypadkach prócz u 30-letniej kobiety z posocznicą skutkiem odleżyny; występowała ona z końcem 2go tygodnia (w 4 przyp.) lub z początkiem trzeciego (w 1 przyp.) a w jednym przypadku biegunka obserwowana nie była objawem sprawy durowej, tylko przypadkową komplikacyją wśród zapalenia opon mózgowych po ukończonym durze. Wymioty obserwowano w 4 przypadkach: w 2-gim tygodniu (2 przyp.), lub 1-szym tygodniu (1 przypadek), raz pochodziły one z powodu choroby mózgowej (*Leptomeningitis*); zadrażnienie otrzewny przy rozległem owrzodzeniu w 2 przypadkach, a zapalenie ropne nerek w 1 przypadku było przyczyną wymiotów i wszystkie te przypadki zakończyły się niepomyślnie. O ile komplikacyja wywołująca wymioty, o ile sam akt wymiotny przyczyniły się do tego, to bardzo trudno rozstrzygnąć, zresztą w uwagach nad jednym z takich przypadków wyżej się o tem mówiło. Białkomocz stwierdzono w 3 przypadkach: 2 razy w 2gim tygodniu (30 i 20-l. kob.) raz w trzecim tygodniu duru u 26 letniej kobiety; sekcyja wykazała w każdym przypadku zmiany ważne w nerkach mianowicie u 30 letniej kobiety zawał nerki lewej u 26 letniej kobiety zwyrodnienie tłuszczowe nerek obok stłuszczenia serca i wątroby, a u 20 letniej kobiety zapalenie nerek ropne rozsiane pokryte podniesieniem się już przedtem spadłej ciepłoty. W pozostałych 3 przypadkach duru w jednym brak protokółu szczegółowego sekcyi; w 2-ch przypadkach sekcyja wykazała zwyrodnienie tłuszczowe nerek obok zwyrodnienia tłuszczowego serca i wątroby, chociaż w przebiegu białkomoczu nie stwierdzono. Przypadki te ostatnie (patrz

historyje choroby) tyczące się 17, 18-l. kob. i 31 mężczyzny przebiegały wśród gorączki znacznej.

Białkomocz w przebiegu duru pogarsza rokowanie, a wystąpienie znaczniejszego białkomoczu przy podniesieniu się ciepłoty, dla której brak innej przyczyny, wskazuje ropne zapalenie nerek, komplikacyję z bezwzględnie złem rokowaniem. Z drugiej strony dodać należy, że znaczna ilość białka w moczu i obecność wałeczków Belliniego w durze bezwzględnie nie dowodzi zmiany zapalnej w nerkach, ani przekrwienia biernego znacznego stopnia, ale że się oznaki te znachodzi często w stłuszczeniu nerek (p. przyp. 16 letniej kob.)

Z przypadkowych komplikacyj zanotować trzeba 1) zapalenie opłucny w 2 przypadkach (u 20 letniej kob. i 31-l. męż.), 2) porażenie odnóg u 18 letniej kob., którego przyczyny sekcyja nie wykazała, 3) w jednym przypadku (18-l. kob.) zapalenie płuc zrazikowe, 4) dwa przypadki powikłane z zimnicą o tyle, że obrzęk śledziony był twardy, zbity, niebolesny (u 31-let. m. i 26-l. kob.) Przebieg gorączki w tych przypadkach nie przedstawiał nic odmiennego.

Wszystkie przypadki przywożono późno do szpitala nieraz zdaleka, wśród sporej gorączki a w domu bardzo niestósownie (środkami przeczyszczającemi, wymiotnemi itd.) i wśród najgorszych warunków higijenicznych i dyjetetycznych leczone. Naturalnie, że z tych powodów i z liczby zresztą zbyt małej ani o częstości wymienionych komplikacyj w durze wogóle wnosić nic można, ani oceniać procentowej śmiertelności duru u nas.

IV. Oceny i sprawozdania.

Chirurgija.

Dr. Zesas: **O leczeniu chirurgicznem wynicowania pęcherza.**

Podczas gdy dawna chirurgija zadowalała się w tém cierpieniu tylko rozmaitemi pomysłami przyrządów mających uchodzący mocz chwytać, obecnie co rok prawie pojawia się nowa jakaś myśl, starająca się drogą operacyjną cierpienie to usunąć lub przynajmniej zmniejszyć. Niestety wszystkie prawie sposoby postępowania, jak zeszycie bezpośrednie ścian wynicowanego pęcherza, wszycie moczowodów do kiszki stolcowéj lub wreszcie plastyczne utworzenie przedniéj ściany pęcherza okazały się albo niepraktycznemi albo wręcz szkodliwemi.

Autor poleca gorąco metodę Sonnenburga, polegającą na wyłuszczeniu całego pęcherza i wszyciu moczowodów w rynienkę prącia a pokryciu plastycznem ubytku w ten sposób powstałego i opisuje odpowiedni przypadek, operowany w r. 1884 przez Dra Niehansa w oddziale chirurgicznym szpitala w Bernie szwajcarskiém. U chłopca 4-letniego z tak znacznem cierpieniem, iż pęcherz prawie wcale nie dał się reponować, wykonał wówczas ów lekarz operacyję w sposób podany przez Sonnenburga. Rana zgoiła się zupełnie i chorego wypuszczono ze zwykłym, lejkowatym zbiornikiem do domu. Zbiornik ten nie działał jednakże dobrze, w pozycyi chorego siedzącéj mocz uchodził bokiem i wywołał wyprysk na udach. W obec tego Dr. Niehans polecił mu sporządzić według własnego pomysłu zbiornik, którego téż chory dotychczas używa.

Zbiornik ten składa się z 2 części, z wypukłéj tarczy brzusznéj, przylegającéj tylko na obwodzie do ścian brzucha i z lejka mosznowego, przechodzącego następnie w właściwy zbiornik moczowy. W środku tarczy brzusznéj, w miejscu odpowiadającém polu operacyjnemu, znajduje się zagłębienie, umożliwiające swobodny odpływ moczu z moczowodów i obejmujące szczątkowe prącie. Tarcza brzuszna i lejek mosznowy są sporządzone z blachy, a na obwodzie w miejscach stykających się ze skórą wyściełone są podobnie jak maski do wziewań rurą gumową powietrzem wypełnioną, zbiornik właściwy jest kauczukowy. Przyrząd taki, jak się autor na chorym Dr. Niehansa przekonał, działa doskonale, nie przepuszcza bokiem ani kropli moczu bez względu na pozycyję chorego i nie sprawia choremu żadnych dolegliwości.

W końcu wypowiada autor zdanie, że wyłuszczenie pęcherza według Sonnenburga uważa za stosowne tylko przy znaczniejszych stopniach wynicowania pęcherza, przy mniejszych zaś uważałby za odpowiedni pomysł Trendelenburga oddzielenia po obu stronach połączeń między kością krzyżową a kością bezimienną, zbliżenie w ten sposób kości biodrowych do siebie, a wreszcie bezpośrednie zeszycie ścian pęcherza. O ile jednak pomysł ten okaże się praktycznym, przyszłość dopiero okaże. (*Centralblatt f. Chirurgie*, 1887, Nr. 8). *Dr. Sondermayer.*

Prof. Bidder: **O leczeniu poronném czéraków za pomocą wstrzykiwań miąższowych.**

Bidder stosował od r. 1875 w przeszło 100 przypadkach wstrzykiwania miąższowe przy czérakach. Do wstrzykiwań używa strzykawki Pravaza i 2% roczczynu kwasu karbolowego. W przypadkach małych czéraków wystarcza jednorazowe wstrzyknięcie kilku kropli, przy większych robi się 2 wkłócia i wstrzykuje dwie połowy lub dwie całe strzykawki, w duże zaś czéraki robi się cztery wkłócia i wstrzykuje cztery połowy do czterech całych strzykawek. Ukłócie jest bolesne, ból jednakże bardzo prędko ustaje zupełnie. Naciek zapalny szybko znika tak, że w 8 do 10 dniach z największych czéraków nie ma ani śladu. Bidder stosował wstrzykiwania te z wynikiem dodatnim także w czérakach wąglikowych, tu jednakże trzeba było kilkakrotnie wstrzykiwania powtarzać. Działanie tych wstrzykiwań jest jasne, mikroorganizmy giną pod wpływem kwasu karbolowego lub téż tracą grunt stosowny do dalszego rozwoju. Zaletą zaś téj metody jest, że się da zastosować u ludzi bojących się noża i że leczenie ma trwać krócéj niż po przecięciu. (*Wykład na posiedzeniu Towarz. lek. w Berlinie. Wien. med. Wochenschrift*, 1887, Nr. 5). *Dr. Sondermayer.*

Medycyna sądowa.

Langreuter: **O stosunkach mechanicznych śmierci z strangulacyi.**

Prof. Hofmann: **Przyczynek do wiadomości o powstawaniu złamań krtani.**

L. kontrolował w sprytny sposób znane szczegóły, podane przez Eckera, o zachowaniu się organów szyjnych śród strangulacyi. Otwierał on jamę połykową od podstawy czaszkowéj (po odjęciu sklepienia i wyjęciu mózgowia), i w pokoju ściemnionym oświetlał okolicę połyku i krtani za pomocą reflektora wziernika krtaniowego, tak że mógł widzieć wszystkie fazy strangulacyi, którą na trupie wywołał. Torował sobie zaś przystęp do tych części przez wydłutowanie podstawy potylicy, wierzchołków kk. skalistych, tylnéj części k. klinowych i małych kości jamy nosowéj, a wreszcie przez odcięcie języczka i kawałka podniebienia miękkiego. Na trupie tak przygotowanym robił doświadczenia następujące: za uciskiem dwoma palcami wywartym na chrząstkę tarczykową szpara głosowa zamyka się zupełnie, silniejszego jednak potrzeba ucisku, jeżeli się go wywiera pomiędzy krtanią a k.

gnykową, wtedy jednak przez zbliżenie się do siebie więzadeł nalewkowo-nagłośniowych drogi oddechowe z łatwością zamykają się ku górze. Po założeniu powrozu trupowi leżącemu na wznak i naciągnięciu go ku górze, jak przy powieszeniu, nagłośnia przykłada się do tylnéj ściany połykowéj; po silniejszém naciągnięciu powroza ku górze kość języka idzie za nagłośnią a koniec ostatniéj wklinowuje się pomiędzy korzeń języka a tylną ścianę połyku; górne drogi oddechowe w zupełności zostają zamknięte. Tak samo ma się rzecz po zduszeniu szyi powrozem. Po powieszeniu trupa korzeń języka wtłacza się w otwór zrobiony w podstawie czaszkowéj. Zmiany te atoli następują tylko wtedy, jeżeli powróz założony został pomiędzy krtanią a k. gnykową. Zresztą doświadczenia autora stwierdzają dosadnie szczegóły odnoszące się do nauki o śmierci z powieszenia, obecnie powszechnie uznawane. Wśród doświadczeń czynionych nad strangulacyją w znaczeniu ściślejszém, t. j. przez uciśnięcie szyi za pomocą powrozu okalającego takową, stwierdził autor okoliczność, że jeżeli powróz przebiega na wysokości chrząstki tarczykowéj, zamknięcie krtani przez ucisk powrozu prawie jest niemożliwe i nastaje dopiero przy użyciu znacznéj siły a mianowicie krępulca. Inaczéj ma się rzecz, jeżeli powróz przebiega powyżéj krtani. W tym przypadku nastaje zamknięcie dróg oddechowych w sposób podobny, jak przy powieszeniu, a do tego trzeba tym razem znacznie mniejszéj siły. Na karb téj okoliczności położyć należy, że samobójstwa przez strangulacyję nie udają się zazwyczaj, jeżeli narzędzie przebiega w wysokości krtani, brak tutaj bowiem przyczyn, dla których narzędzie uciskające mogłoby się posunąć ku górze, jak to ma miejsce zazwyczaj przy powieszeniu. Zagardlenie udaje się znów nader łatwo, jeżeli się uciska krtań z obu stron a więc bocznie, jak o tém powyżéj wspomniano. Tym sposobem można nietylko więzadła głosowe do siebie zbliżyć, lecz nawet na siebie zasunąć [1]).

W końcu swéj rozprawy dodaje L. własne spostrzeżenia nad odpornością krtani i kości gnykowéj i nad częstością złamań tych części w przypadku powieszenia, strangulacyi i zagardlenia. L. postępował w ten sposób, że młotkiem uderzał w krtań zwłok, następnie badał ją odejmując dokładnie mięśnie i więzadła, gdyż złamania krtani rzadko tylko można rozpoznać bez dokładnego odpreparowania chrząstek. Drugi szereg doświadczeń przedsiębrał przez zagardlenie, wykonywane na zwłokach i doszedł do przekonania, że wiek, więź, choroba i czas, w którym się sekcyję wykonało od chwili śmierci, nie wywierają wpływu na częstość złamań, i że krtań kobiet jest zazwyczaj więcéj odporną niż mężczyzn.

O wiele większe znaczenie naukowe i praktyczne niż doświadczenia Langreutera, wykonywane na zwłokach, mają niedawno ogłoszone spostrzeżenia prof. Hofmanna, a dotyczące również złamań chrząstek krtaniowych. Spostrzeżenia te stanowią jednę część szeregu publikacyj na ten temat, ogłaszanych od czasu do czasu przez pracujących w zakładzie prof. Hofmanna (Haumeder, Patenko).

Autorowie dawniejsi, a głównie Liman, przypisywali chrząstkom krtaniowym znaczną odporność i o złamaniach chrząstek tych lub kości gnykowéj wspominali jako o rzeczach rzadko się zdarzających. Casper twierdził, że złamania te powstają prawie wyłącznie w przypadkach zagardlenia. Że to twierdzenie obecnie ostać się nie może, wykazali już inni autorowie, że jednak złamania chrząstek krtaniowych i kości gnykowéj zdarzają się znacznie częściéj aniżeli się to powszechnie przypuszcza, wykazuje H. na przypadkach dokładnie spostrzeganych i opisanych z własnéj praktyki. Pierwszy szereg tych opisów dotyczy przypadków, w których siła działała **bezpośrednio** na krtań i przyciskała takową do kręgosłupa, sprowadzając najczęściéj złamanie chrząstki tarczykowéj lub jéj rogów obok innych obrażeń lub bez takowych. Pod względem sądowo-lekarskim mają jednak większe jeszcze znaczenie przypadki, w których krtań uległa złamaniu w skutek zadziałania urazu **pośrednio**. Mogłoby się bowiem zdarzyć, że znalezienie złamania krtani obok innych obrażeń stałoby się w przypadku sądowym podstawą do twierdzenia, że ofiara była duszoną przed lub po zadaniu jéj innych obrażeń. Przypadek podobny, który miał miejsce w Wiedniu, skłonił autora do dokładnego zbadania części miękkich i chrząstek krtaniowych z przypadków innych, przechowywanych w muzeum sądowo-lekarskiém wiedeńskiém, przyczém okazało się, że złamania większych rogów chrząstki tarczykowéj nastają bardzo często wśród poderznięcia gardła tak w przypadkach morderstw, jakotéż i samobójstw. Spostrzeżenia Hofmanna obejmują przypadki spadnięcia z wysokości, śmierci pod kołami parowozu itp. Z natury rzeczy wynika, że nie podobna wyśledzić w każdym przypadku z osobna, jakim był mechanizm złamania. Jako bardzo prawdopodobne przypuszcza H., że gwałtowne wygięcie głowy ku tyłowi, jak to może mieć miejsce wśród spadnięcia na głowę, jest dostatecznem do wywołania złamania krtani, a zwłaszcza rogów chrząstki tarczykowéj i chrząstki pierścieniowéj. W końcu dochodzi H. do wniosków, że 1) złamania krtani mogą powstawać przedewszystkiém wtedy, gdy chrząstki utraciły swą sprężystość i to nietylko w skutek strangulacyi lub zagardlenia, lecz także w skutek rozmaitych bezpośrednio działających urazów; 2) urazy bezpośrednio działające, połączone z gnieceniem lub rozciąganiem krtani mogą również sprowadzać złamania; 3) w szczególności mogą powstać złamania chrząstek krtaniowych wśród poderznięcia gardła, spadnięcia z wysokości; w pierwszym przypadku zwłaszcza wtedy, gdy narzędzie było tępém lub napotkało krtań zwapniałą; w drugim razie wtedy, gdy spadnięcie nastąpiło na głowę. (*Vierteljschr. f. ger. Med.* 1886, Z. 4 i *Wiener. med. Woch.*, 1886, str. 44 i 45).

Dr. Schaitter.

---

†

V. Ferdynand Arlt.

Przed pięciu niespełna laty zabraliśmy na tém miejscu głos ku uczczeniu 70-letniego jubileuszu prof. Arlta, odbytego w dniu 18 kwietnia 1882 r. Sędziwy jubilat cieszył się wówczas powszechnie podziwianą, młodzieńczą niemal krzepkością sił fizycznych i nie nadwerężoną świeżością i dzielnością władz umysłowych tak, iż wszystko zdawało się rokować mu długi jeszcze szereg lat dobrze zasłużonego spoczynku wśród czerstwego zdrowia. W wesołém gronie uczestników uczty jubileuszowéj, złożonem z wielbicieli i dawnych uczniów jubilata, którzy przeważnie zdaleka zjechali się umyślnie na uroczystość, podniesiono z zapałem przyjętą myśl zjeżdżania

---

[1]) Doświadczenia te skontrolowaliśmy w Zakładzie sądowo-lekarskim i przekonaliśmy się, że otwieranie jamy połykowéj od podstawy czaszkowéj i oświetlanie połyku i krtani za pomocą reflektora posłużyć może do korzystnéj demonstracyi objawów występujących śród duszenia przez ucisk na szyję wywarty. *L. B.*

się co pięć lat w rocznicę urodzin jubilata, a wszystko zdawało się zapowiadać, że piękny ten zamiar jeszcze niejednokrotnie się urzeczywistni. Nie przeczuwaliśmy wówczas, że miasto pospieszyć w tak bliską już obecnie piątą rocznicę jubileuszu na radosne zebranie towarzyszy, aby uścisnąć przyjazną dłoń kochanego i uwielbianego mistrza, a serce i umysł odświeżyć wspomnieniami dawno minionéj przeszłości, przypadnie nam dzisiaj pisać niestety — wspomnienie pośmiertne!

Nie ochłonąwszy jeszcze z pierwszego bolesnego wrażenia podejmujemy jednak ten obowiązek, którego spełnienia domaga się zarówno hołd należny zasłudze i cnotom zmarłego, jak głos ściśnionego żalem serca.

Ferdynand Arlt, urodzony 18 kwietnia 1812 r. w górskiéj mieścinie Obergraupen pod Cieplicami czeskiemi, był synem ubogiego kowala. Walcząc z pierwszemi potrzebami życia, na które udzielaniem lekcyj zarabiał, ukończył gimnazyjum w Lutomierzycach i oddał się w roku 1831 naprzód studyjom filozoficznym, a następnie lekarskim w Uniwersytecie pragskim, gdzie też w roku 1839 otrzymał stopień doktora medycyny i chirurgii. Profesor okulistyki Jan Nepomucen Fischer obrał go sobie na asystenta, ale zobowiązał zarazem, żeby się pierwéj, celem dalszego kształcenia, a zwłaszcza obeznania z nowym kierunkiem nauk lekarskich, wprowadzonym przez Rokitańskiego i Škodę, udał do Wiednia. Tam wziął Arlt między innemi udział w nauce o operacyjach ocznych udzielanéj przez prof. Fryderyka Jaegera. Od kwietnia 1840 do kwietnia 1842 był asystentem Fischera, a następnie wykonywał aż do jesieni 1846 r. prywatną praktykę lekarską w Pradze nietylko okulistyczną ale także w zakresie chorób wewnętrznych, chirurgicznych i usznych. On pierwszy wykładał osobno naukę o chorobach uszu, a sławny Tröltsch u niego rozpoczął studyja otyjatryczne. W jesieni 1847 r. zastępował tymczasowo chorego Fischera, a po jego śmierci, zaszłéj w początkach 1848 r., był aż do końca roku szkolnego 1849 zastępcą profesora okulistyki. Powołany w r. 1849 na świeżo utworzoną katedrę okulistyki w Lipsku nie przyjął posady, gdyż w sierpniu tegoż roku otrzymał nominacyję na profesora zwyczajnego w Pradze, gdzie też aż do lipca 1856 pozostał. Od października 1856 aż do końca lipca 1883 zajmował katedrę okulistyki w Uniwersytecie wiedeńskim. Stosownie do ustawy miał właściwie po ukończeniu 70go roku życia ustąpić z katedry już w roku 1882, pozostał jednak na niéj skutkiem wezwania ministra o jeden rok dłużéj. Niezmordowana pracowitość niedozwoliła Arltowi po opuszczeniu stanowiska profesora oddawać się, mimo późnego wieku, bezczynności. Jak dawniéj tak i teraz liczni chorzy zwracali się do niego o doświadczoną radę i pomoc z jego zawsze jeszcze pewnéj a tak mistrzowskiéj ręki. Obok tego pracował Arlt naukowo, a jeszcze w roku 1885 ogłosił w archiwie Graefego dwie prace, odnoszące się do operacyi zaćmy, noszące na sobie wybitne piętno wysokich zalet, któremi odznaczały się wszystkie jego prace. W dniu 20 kwietnia 1886 spotkało Arlta nieszczęście, że wysiadając z powozu, aby odwiedzić chorego, upadł i złamał ramię, a jakkolwiek złamanie zgoiło się nadspodziewanie dobrze, cierpiał on odtąd na bezsenność, która go aż do końca życia nękała. Szukając pomocy udał się w lipcu do Johannisbadu w Czechach, gdzie nagle wystąpiła zakrzepica żył podudzia, która sprowadziła zgorzel odnogi dolnéj. Mimo dwukrotnéj operacyi (odjęcia odnogi i wycięcia nerwu kulszowego), najstaranniejszéj opieki rodziny i pomocy lekarskiéj, którą mu z prawdziwém poświęceniem nieśli profesorowie Billroth, Dittel i Drasche, mimo znacznego polepszego w jesieni, które przez jakiś czas nawet wyzdrowienie rokować się zdawało, zakończył Arlt, po niewypowiedzianych mękach, w dniu 7 marca zasłużony swój żywot.

Jak wielką i niepowetowaną stratę ponosi przez śmierć Arlta nauka i cierpiąca ludzkość świadczy wymownie powszechny a głęboki żal i liczne objawy czci i hołdu, składane pamięci i zasługom znakomitego uczonego i sławnego lekarza przez instytucyje i stowarzyszenia naukowe, reprezentacyję i całą ludność stolicy, kolegów, uczniów i licznych wielbicieli i pacyjentów zmarłego. Niechaj i nam wolno będzie dać wyraz wysokiéj czci i osobistéj wdzięczności, kreśląc choć pobieżny obraz niespożytych zasług naukowych, wysokich cnót i zalet charakteru naszego nieodżałowanego i nigdy niezapomnianego nauczyciela i mistrza.

Jako badacz odznaczał się Arlt wielką bystrością umysłu, znakomitym darem spostrzegawczym i niezwykłą samodzielnością, wyciskającą odrębną cechę na wszystkich jego pracach. A co obok tych wszystkich niepospolitych zalet niezmiernie podnosi wysoką wartość jego badań, to owo wierne zamiłowanie prawdy, które sprawia, że wyniki jego pracy budzą bezwzględne zaufanie w rzetelność przekonań autora, który szukając prawdy mógł się mylić, i mylił zapewne nieraz, ale nigdy siebie i drugich nie łudził. Téj wewnętrznéj wartości jego prac naukowych, jak całéj indywidualności Arlta, odpowiada styl prosty, jędrny i jasny, przedstawienie rzeczy proste a dosadne, niepozostawiające żadnéj wątpliwości, żadnéj niejasności lub dwuznaczności. Arlt był niezrównanym mistrzem, istnym artystą w kreśleniu obrazów chorobowych, które z pod pióra jego wychodziły tak plastyczne, tak uderzające prawdą i wiernością, jakby na gorącym uczynku podchwyconéj natury, że umysł uważnego czytelnika wnika od razu w istotę rzeczy i z łatwością odtwarza sobie przedmiot opisu, który, jakby żywy, staje widomie i cieleśnie przed jego oczyma. Potężnego wpływu tego talentu Arlta, tego prostego a tak mistrzowskiego pióra, doświadczył piszący na sobie samym, kiedy po ukończeniu studyjów lekarskich w Uniwersytecie wiedeńskim poddać się miał egzaminowi ścisłemu z okulistyki. Wtedyto mając stanąć do egzaminu przed niedawno do Wiednia przybyłym profesorem, na którego wykłady jako uczeń nie uczęszczał i rozczytując się w jego znakomitym podręczniku, powziął piszący takie zamiłowanie do okulistyki, że już przed egzaminem postanowił poświęcić się jéj wyłącznie, w którymto zamiarze utwierdziła go uprzejma i życzliwa zachęta, któréj mu po złożeniu egzaminu znakomity nauczyciel nie poskąpił.

Arlt był jednym z pierwszych, który idąc torem wytkniętym przez Rokitańskiego i Skodę stanął w okulistyce na gruncie anatomii patologicznéj, tak mało przed nim uprawianéj. Cały szereg prac, ogłoszonych już w piątym dziesiątku tego stulecia, przeważnie w *Prager Vierteljahrschrift* (*aphoristische Bemerkungen über Hordeolum*, *Blepharadenitis*, *Staphyloma corneae*, *Amblyopia*, *Trichiasis und Entropium*, *Flügelfell*, *physiologisch-anatomische Bemerkungen über die Bindehaut*, *Zur pathologischen Anatomie des Auges*, *Trachom*, *Über Schielen* w *österr. Jahrbücher* i wiele innych) znamionuje ten kierunek. W pracy *Über Amblyopie* Arlt pierwszy podał głoski różnéj wielkości jako miarę bystrości wzroku. W roku 1846 wydał Arlt *Pflege der Augen im gesunden und kranken Zustande*, któráto praca doczekała się drugiego przerobionego wydania w roku 1865. Po tych pracach wstępnych przystąpił Arlt do napisania podręcznika, którego pierwsze

dwa tomy ukazały się jeszcze za pobytu autora w Pradze (1851 i 1853), trzeci już w Wiedniu (1856). Dzieło to, oparte na szerokiéj podstawie bogatego doświadczenia, a łączące tak szczęśliwie trafną i bystrą obserwacyję kliniczną z wynikami badań anatomicznych, zdobyło głośnemu już przedtém uczonemu i klinicyście rozgłos światowy, a jakkolwiek w niektórych swoich rozdziałach, zwłaszcza dotyczących cierpień głębszych części oka, nie odpowiada już obecnemu stanowisku nauki, ma ono i mieć zawsze będzie niespożytą wartość i pozostanie wzorem gruntowności, jasności i sądu krytycznego. A gdyby nic innego, to już sam dowód oparty na poszukiwaniach anatomicznych, że krótkowidzenie nie polega, jak dawniéj sądzono, na nadmiernéj krzywiznie rogówki, lecz na wydłużeniu gałki ocznéj, złożony w tém dziele pomnikowém zapewniłby Arltowi nieśmiertelność w dziejach okulistyki.

(Dokończenie nastąpi).

VI. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

O. Bujwid: **Oddziaływanie chemiczne grzybków cholerycznych.**

Jeżeli do hodowli prątków przecinkowych w bulionie doda się 5 do 10 na 100 zwykłego kwasu solnego, powstaje po kilku minutach, niekiedy nawet sekundach, słabe zabarwienie różowo-fiolkowe wzmagające się w ciągu $^1/_2$ godziny. Zabarwienie to rozmaitéj mocy utrzymuje się przez kilka dni bez zmiany, nabiera jednak w jasności odcienia cisawego.

Oddziaływanie to okazują już hodowle otrzymane po 10 do 12 godzinach w cieplocie 37°C., osobliwie, jeżeli płyn jest jeszcze ciepły. Przy ogrzaniu zabarwienie staje się mocniejszém, a nawet zmienia swój odcień.

Grzybki podobne morfologicznie do grzybków cholerycznych nie oddziaływają w sposób wymieniony. Grzybki Priora, Finklera dają wprawdzie po dłuższym czasie podobne zabarwienie, wszakże słabsze i z odcieniem cisawym.

Oddziaływanie przerzeczone może mieć znaczenie rozpoznawcze, jeżeli mamy podejrzany kał świeży i potrzebujemy prędkiego rozpoznania.

Tożsamo oddziaływanie powstaje także z innemi kwasami mineralnemi, jak azotowym i siarkowym. (*Zeitschrift für Hygiene*. II Tom, 1 Zeszyt, marzec 1887. *D.*

○ Dziennik ustaw i rozporządzeń krajowych Cz. V wydana i rozesłana 1go marca 1887 mieści jako Nr. 8y Rozporządzenie c. k. galic. kraj. Rady szkolnéj z d. 26 stycznia 1887 do l. 10.359 ex 1886 w sprawie zapobieżenia szerzeniu się chorób zaraźliwych w szkołach. Dodaną jest do tego rozporządzenia instrukcyja o odrażaniu.

Jako Nr. 9 ustawę z 14 sierpnia 1886 zmieniającą § 28 ustawy z d. 29 lutego 1880)Dz. u. p. Nr. 35) o zapobieganiu chorobom zwierzęcym zaraźliwym i tępieniu tychże.

Jako Nr. 10 rozporządzenie ministerstwa spraw wewn., sprawiedliwości, handlu i rolnictwa z dnia 6 grudnia 1886 zmieniające postanowienie rozporządzenia wykonawczego z dnia 12 kwietnia 1880 (Dz. u. p. Nr. 36), mianowicie §§ 18, 26. 28 powszechnéj ustawy o chorobach zwierzęcych zaraźliwych z dnia 29 lutego 1880 (Dz. u. p. Nr. 35) i uchylające rozporządzenie ministeryjalne z d. 19 marca 1883 (Dz. u. p. Nr. 35).

Jako Nr. 11: rozporządzenie ministerstw spraw wewnętrznych, sprawiedliwości, handlu i rolnictwa z d. 8 grudnia 1886 zmieniające postanowienie rozporządzenia wykonawczego z dnia 7 sierpnia 1879 (Dz. u. p. Nr. 109) do § 8 ustawy z dnia 19 lipca 1879 (Dz. u. p. Nr. 108) o obowiązku odwietrzania na kolejach żelaznych i okrętach przewożących bydło.

* Komisyja dla grupy 26 Wystawy krajowéj w Krakowie w r. b. odbyć się mającéj, złożona z pp. Baranieckiego, Grabowskiego, Jordana, Korczyńskiego, Lutostańskiego, Mikolascha i Stokmara, rozesłała odezwę z szczegółowym programem. Przewodniczącym téj komisyi jest prof. Korczyński.

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 23 marca. Z dniem dzisiejszym kończy się półrocze zimowe i rozpoczynają się w uniwersytecie feryje wielkanocne. Dotąd niewiadomo, czy katedra chirurgii będzie obsadzoną przed rozpoczęciem kursu letniego, lub czy zajdzie potrzeba zarządzenia zastępstwa.

* Dr. Jan Rosner, b. asystent kliniki położniczéj, powrócił z podróży naukowéj za granicę i ordynować będzie podczas tegorocznego sezonu we Francensbadzie.

* **Warszawa**. Towarzystwo lekarskie wybrało członkami honorowymi: proff. Brodowskiego i Pląskowskiego oraz protomedyka Biesiadeckiego we Lwowie. *(Gaz. Lek.)*.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Berlin**. Prof. tytuł. Ehrlich habilitował się jako docent prywatny w Wydz. lek. — **Groninga**. Dr. Korteweg, lekarz szpitala izraelickiego w Amsterdamie, mianowany został prof. chirurgii po Rankem. — **Getynga**. Członek państw. Urzędu zdrowia Dr. Wolffhügel mianowany profesorem i dyrektorem zakładu higijenicznego i chemii lekarskiéj po Flüggem. — **Helsingfors**. Docent pryw. Dr. Sundvik mianowany nadzw. profesorem chemii fizyjol. i farmakologii a docent pryw. Dr. Holsti nadzw. profesorem patologii wewn. — **Lipsk**. Prof. Heubner ostatecznie odmówił przyjęcia katedry pedyjatrycznéj w Wydz. niem. w Pradze. — **Monachijum**. Dr. Schlösser habilitował się jako docent okulistyki.

* **Odznaczenia**. Okulista ordynujący w szpitalu na Wiedeniu Dr. Jan Adler otrzymał tytuł c. k. prymaryjusza. — Prof. Ehrlich w Berlinie otrzymał nagrodę Tiedemanna od Tow. przyrodniczego Senkenberga w Frankfurcie n./M. za prace swoje znakomite o barwieniu preparatów mikroskopowych.

* **Wiadomości osobowe**. Dr. Janiszewski otrzymał posadę prymaryjusza w Horodence p. śp. Sakowskim.

Stopnie doktorów w. nauk lek. otrzymali w Uniw. Jagiell. pp. Maks. Cercha rodem z Opatowa w Królestwie Polskiém, Władysław Grabowicz z Radomyśla, Albin Schwarz z Poręby i Ludwik Ziembicki z Brzeżan.

* **Nekrologija**. W Siedlcach umarł d. 8 bm. Dr. Stanisław Piławski, lekarz miejski i pomocnik inspektora gub. siedleckiéj licząc lat 45.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Medycynie* Nr. 12: Guranowskiego: Przyczynek do kazuistyki szczepienia błony z jaja kurzego na przedziurawioną błonę bębenkową; Zagórskiego: Przyczynek do kazuistyki nietypowych owaryjetomij (dok.). — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 12: Panormowa: (z pracowni Dogiela w Kazaniu). O ilościowém określaniu glikogenu i tworzeniu się pośmiertném cukru w wątrobie; Elsenberga: *Pityriasis rubra universalis* (dok.); Wolberga: Tyfus brzuszny u dzieci. (c. d.).

Piśmiennictwo lekarskie.

FILLEAU et PETIT. Traitement de la phthisie pulmonaire. 8. Paris, Doin. Fr. 2.

FRAENKEL C. Grundriss der Bakterienkunde. gr. 8. Berlin Hirschwald. M. 8.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

KONKURS.

Celem obsadzenia posady lekarza miejskiego w Otyni, (gdzie wkrótce zaprowadzonym będzie Sąd powiatowy) z roczną płacą 250 złr., lub jeżeli sam dochody do niego należące pobierać zechce, przychód będzie znacznie większy. O posadę ubiegać się mogą doktorowie medycyny do dnia 1 kwietnia 1887.

Zwierzchność gminna w Otyni dnia 18 lutego 1887.

Olcynik, W. gm.



Dawno uznana naturalna przeczyszczająca

WODA

Franciszka Józefa gorzka

wyborna przez swe łagodnie rozwalniające a silnie przeczyszczające działanie

zawiera w 100 grm. siarkanów 47·9 chlorku magnu 1·8, dwu węglanu sodowego 12. — Na składzie we wszystkich składach wód mineralnych; uprasza się jednak Panów Lekarzy używać zawsze oznaczenia **„Franciszka Józefa Woda gorzka“**

Dyrekcyja rozsełki w Budapeszcie.

Dr. ADAMA MAJEWSKIEGO

ZAKŁAD WODOLECZNICZY we LWOWIE (w Kiselce)

otwarty przez zimę.

JAWORZE (Ernsdorf)

koło Bielska na Śląsku austr.

Zakład wodoleczniczy i żętyczny uzdrowisko klimatyczne 360 metrów nad poz. m. u stóp Beskidu śląskiego. Kąpiele igliwiowe i inne. Kuracyja mleczna, kefir, męsienie (*massage*), apteka zaopatrzona we wszelkie wody mineralne, nowo zbudowany wodociąg wybornéj źródlanéj wody do picia, urzęda pocztowy i telegraficzny, w miejscu restauracyja zakładowa w własnym zarządzie i t. d. Pora kąpielowa od 1 maja do końca września. Lekarz zakładowy Dr. St. Smoleński, docent Uniw. Jag. Zgłoszenia przyjmuje Inspekcyja kąpielowa w Jaworzu (Ernsdorf) koło Bielska na Śląsku austr.

Dr. Z. Dobieszewski

Lekarz zdrojowy w Maryjenbadzie, autor dzieła: „*Przewodnik do klimatycznego leczenia*“ praktykować będzie w zimie

w Meranie.

(*Villa Traubenheim*).

Levico naturalna woda mineralna w **arsen i żelazo** zasobna (rozbiór prof. Ludwika Bartha Wiedeń) z silnem działaniem leczniczém w **osłabieniu, niedokrewności, nerwowości, chorobach krwi i skóry, nieprawidłowościach miesiączki** i t. d. Składy w aptekach i składach wód mineralnych. Woda świeżego napełnienia w aptece Wiszniewskiego w Krakowie.

KROWIANKĘ

rozséła przez Wys. c. k. Namiestnictwo we Lwowie konces. ***Zakład Krowiankowy Józefa Freysingera w Lisku*** fiolę wystarczającą do zaszczepienia 2ch dzieci po 60 cnt., a 15 cnt. na porto przy nadesłaniu należytości fr nko lub za pobraniem. Skład w aptekach p. Wiszniewskiego w Krakowie, p. Mańkowskiego w Przemyślu i p. W. Landesberga w Brodach.

Dra ANJELA ZAKŁAD WODOLECZNICZY

w Zuckmantel (Śląsk austryjacki)

w najpyszniejszém położeniu górskiém tuż przy Kislowych lasach. Najsumienniejszy nadzór leczniczy przy najstaranniejszém zaopatrzeniu. Leczenie dyjetetyczne, elektroterapija, męsienie, kąpiele elektryczne.

FABRYKA ZAŁOŻONA W NOWEJ ZIEMI ROKU 1849.

APTEKA HOGG'A, 2, RUE CASTIOGLIONE W PARYŻU.

HUILE DE FOIES FRAIS de MORUE de HOGG



TRAN Z ŚWIEŻEJ WĄTROBY SZTOKFISZOWEJ, HOGG'A,

pierworodny, koloru słomy, smaku sardynek. *Na gruźlicę, katar, dla dzieci słabych, bardzo pożywny.* — Tran ciemniejszego koloru, znacznie niższej ceny, pochodzi z wątrób zepsutych, co jest przyczyną jego koloru i odrażającego smaku.

(*Opinia Akademii medycznej*).

Tylko we flakonach trójgraniastych jak okaz — Flakony nieopatrzone na etykiecie pieczęcią Rządu Francuzkiego uważać należy za podrobione.

Dostać można we wszystkich lepszychaptekaćh.

ZAKŁAD FABRYCZNY WÓD SZTUCZNYCH MINERALNYCH

WODĘ SODOWĄ HIGIJENICZNĄ

i

WODĘ SODOWĄ KWAŚNĄ LECZNICZĄ

mocniejszą i słabszą

z polecenia i według wskazówek Szan. Komisyi przemysłowéj Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, wyrabia i rozsyła, pierwszą w syfonach i flaszkach, drugą tylko we flaszkach.

K. RZĄCA i CHMURSKI
w Krakowie.

MEDICATION CHLORHYDRO-PEPSIQUE

TRAITEMENT PHYSIOLOGIQUE **ELIXIR GREZ** **CHLORHYDRO-PEPSIQUE**

LECZENIE dyspepsyi czyli upośledzonego trawienia, utraty apetytu, zwątlenia, upadku sił i osłabienia, niedokrewności, mozolnego powrotu do zdrowia po ciężkich słabościach wymiotów podczas ciąży: uporczywych zaburzeń gastrycznych kiszek u dzieci; wypróbowane w klinikach najsławniejszych lekarzy w Paryżu, jakotoi PP. Archambault, Bouchut, Gubler itd. Łyżka stołowa zawiera 50 centygramów pepsyny dozowanéj połączonej z różnemi istotami gorzkiem. pomagającemi trawieniu. Doza dla dorosłych: Kieliszek zwyczajny przy każdém jedzeniu, dla dzieci jedna do dwóch łyżek od kawy,

W Paryżu w aptece p. Grez 34, ulica Labruyère.

W Krakowie w aptekach PP. Redyka, Wiszniewskiego, Trauczyńskiego i Siedleckiego; we Lwowie w aptekach PP. Mikolascha, Wiewiórskiego, Ruckera i Sklepińskiego.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.